Rok XXX. Kraków, 12 Września 1891. Nr. 37.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. STROYNOWSKI: O wpływie cukrzycy (*diab. mellitus*) na części płciowe kobiety. — II. FEIGEL: Pierwotny rak kości goleniowéj, wytworzony w jamie kostnéj po zapaleniu szpiku (*osteomyelitis*). (dok.) — III. ZIEMIŃSKI: Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny. (c. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania. — Choroby wewnętrzne.* PRZEOBRAŻENSKIJ. — *Choroby uszne.* SZENES. — SALZER. — *Farmakologija.* SACKUR. — V. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich. — VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r. (c. d.) — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. O wpływie cukrzycy (*diab. mellitus*) na części płciowe kobiety. [1])

Podał
Dr. Stroynowski ze Lwowa.

Wyjaśnienie wpływu i związku różnych chorób ze zmianami w częściach płciowych kobiet i ich czynnościami nasuwa potrójne korzyści dla nauki lekarskiej: wyjaśnia przeróżne zagadnienia fizyjologiczne i patologiczne, — powtóre ułatwia rozpoznanie chorób, a po trzecie wskazuje drogę możliwych środków bądź to zaradczych, bądź to leczniczych.

Od lat 12 czynię spostrzeżenia nad związkiem zachodzącym między cukrzycą (*diabetes mellitus*) a częściami płciowemi kobiet. Pozwólcie szan. Panowie, ażebym w krótkości przedstawił swoje spostrzeżenia oraz spostrzeżenia z dostępnéj mi literatury.

Pierwszym bodźcem do badania związku pomiędzy cukrzycą a częściami płciowemi kobiety był dla mnie przypadek następujący: W roku 1879 zgłosiła się do mnie chora wieśniaczka, licząca lat 30, od 12 lat zamężna, przebyła 4 porody prawidłowe, a w chwili badania już od lat 4 nie przebywała ani porodu ani też poronienia; mniéj lub więcéj od roku, dokładnie powiedzieć nie mogła, nie ma czyszczeń miesięcznych. Chora bardzo wychudła, skóra jéj sucha, łuszcząca się. Najdokładniejsze badanie nie wykazało wcale zmian w sercu, płucach i trzewach, li tylko zanik macicy. Macica mała i zupełnie wiotka.

Podczas badania bardzo dokładnego i dłuższy czas trwającego, odezwała się chora do towarzyszącego jéj męża, ażeby jéj podał szklankę wody; zwróciło to moją uwagę, zadałem pytanie, czyli miewa wielkie pragnienie i z odpowiedzi pokazało się, że dokucza jéj od 1½ roku bardzo znaczne pragnienie, i że bardzo wiele oddaje moczu. Mocz zbadany wykazał obecność bardzo znacznéj ilości cukru. Ponieważ nieznanem mi było takie powikłanie, więc natychmiast poszukiwałem w podręcznikach, lecz nie odszukałem żadnéj wzmianki.

W kilka miesięcy późniéj w roku 1880 miałem sposobność badać drugą chorą, która li tylko z powodu braku czyszczeń miesięcznych zgłosiła się do mnie, wybadałem znów zanik macicy i cukier w moczu. Chora ta liczyła lat 34.

Przypadków tych nie ogłaszałem, czego dziś bardzo żałuję. Wyprzedził mię Hofmeier, który w *Berliner klinische Wochenschrift* z roku 1883 Nr. 32 ogłosił rozprawę p. t.: „*Ueber den Einfluss des Diabetes mellitus auf die Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane*". Jest to pierwszy przypadek w literaturze, chora licząca lat 20, niezamężna, w 14 roku życia miała pierwszy raz peryjod bezbolesny, potem zupełnie prawidłowo się powtarzający, od roku utraciła czyszczenia mięsięczne, uskarża się na świąd nieznośny części płciowych zewnętrznych (*pruritus vulvae*). Badanie wykonane przez Schroedera w znieczuleniu chloroformowem wykazuje zanik macicy i jajników (macica 5 ctm. długa). Mocz zbadany wykazał obecność znacznej ilości cukru.

Ponieważ wiadomą jest rzeczą, że cukrzyca u mężczyzn wywołuje zanik jąder i niedowład, przeto Hofmeier *per analogiam* przypuszcza wpływ cukrzycy na części płciowe kobiet i tem wywołany zanik macicy i jajników. Mając dokładne protokoły polikliniki berlińskiej do dyspozycyi, wyszukał Hofmeier wszystkie przypadki świądu (*pruritus vul.*), których było pomiędzy 14,000 chorymi 31. Zestawienie statystyczne co do wieku tych chorych wykazało jednakże, że zaliczają się do tej kategoryi kobiet, u których utratę czyszczeń miesięcznych usprawiedliwia wiek, gdyż przeciętnie liczyły lat 47. W téj liczbie 31 było kobiet z cukrzycą 7, zatem ponad 22%. Jedna chora licząca lat 26 cierpi również na cukrzycę, lecz u téj nie ma wzmianki co do zachowania się macicy i jajników, protokół wspomina tylko o świądzie.

[1]) Odczyt wygłoszony w sekcyi ginekologicznéj VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Postępując chronologicznie, wymienić muszę drugą pracę w tym przedmiocie, jestto nadzwyczajnie piękna i mozolna praca, z pewnością o najszerszym poglądzie, autora francuskiego p. Lecorché z roku 1886: *„Du diabète sucré chez la femme“*. Autor zestawił 114 spostrzeżeń kobiet cierpiących na cukrzycę i przyszedł do następujących wyników: Dzieląc całe fizyjologiczne życie kobiety na 3 okresy, przedmiesiączkowy, miesiączkowy i pomiesiączkowy, twierdzi, że cukrzyca najczęściéj występuje w 1 i 3 okresie, ale sam przyznaje, że czyszczenia miesięczne u kobiet, które obserwował z powodu cukrzycy, znacznie szybcéj ustają, a biorąc wiek od lat 40—45 jako zwykły w którym ustają peryjody, obniżył takowy niewłaściwie, gdyż zwykle uważamy lata od 47—50 za czas przejściowy. Zgodzić się jednak muszę, że cukrzyca występuje często u kobiet w latach pomiesiączkowych. Autor twierdzi daléj, że cukrzyca występująca u kobiet młodszych wśród rozkwitu przebiega zwykle znacznie ostrzéj aniżeli u kobiet starszych. Cukrzyca wywiera bezwątpienia wpływ na ustrój kobiety, a niektóre zmiany chorobowe pozostają w ścisłym związku z tą chorobą. Cukrzyca staje się częstokroć powodem do wystąpienia świądu *(pruritus vulvae)* u kobiet. Świąd powstaje u kobiet w każdym wieku, powodem może być prócz wpływów nerwowych także wpływ mechaniczny t. j. wydzielanie wielkiéj ilości moczu cukrzystego, wskutek czego części płciowe zewnętrzne pokrywają się kryształkami i sporami (*saccharomyces cerevisiae*).

Twierdzi daléj Lecorché, że długotrwałe zapalenie macicy brodawkowe (*metritis chron. granulosa c. erosione granulosa*) również nawiedza kobiety chore na cukrzycę. Zdaje mi się, że trudno roztrzygnąć, ażali tu dwie choroby obok siebie występują — czyli w pewnéj łączności ze sobą. Zapalenie długotrwałe macicy jest chorobą tak częstą i nawiedza osoby nie cierpiące na cukrzycę tak często, że o dowody bardzo trudno. Pomiędzy 114 obserwacyjami autora były takie kobiety z włókniakami macicy i jajników, mimo to nie widzi w tem łączności, a jednę uwagę czyni, że w tych przypadkach częstokroć występowały krwotoki.

Zapatrywanie p. Lecorché co do zachowania się czyszczeń miesięcznych u jego chorych, przytaczam dosłownie:

„Brak czyszczeń miesięcznych i bolesny przebieg tychże *(amenorrhoea et dysmenorhoea)* nawiedzają często kobiety chore na cukrzycę, czasami peryjody są tylko nieregularne, czasami bolesne, czasami ustają od chwili, kiedy cukrzyca bądź to się polepszy, bądź to się uleczy. Zupełne ustanie peryjodów wydarza się również, mianowicie w przypadkach, w których zaniedbano leczenia cukrzycy“.

Daléj zastanawia się autor na tle swoich doświadczeń nad możnością zastąpienia kobiety choréj na cukrzycę i jaki wpływ wywiera ta choroba na ciążę, poród i połóg.

Spostrzeżenia pouczają, że kobieta chora na cukrzycę może zastąpić, że osoby te mogą donosić płód aż do prawidłowego końca ciąży, a czasami tylko występują poronienia. Porody prawidłowe postępują zwykle bardzo leniwo, a co do przebiegu połogów zdanie autora stoi w rażącéj sprzeczności z datami statystycznemi Duncana (*On puerperal diabetes in obstetrical trunat.*). Lecorché twierdzi, że przebieg połogów był dość zadowalający, natomiast przedstawia Duncan wykaz statystyczny z 15 przypadków, z których 11 zmarło w krótkim czasie po porodzie, mianowicie 4 w 3-cim lub 4-tym dniu, 5 kobiet do $^1/_2$ roku, 1 w 15 miesięcy, 1 w 2 lata po porodzie.

Co do śmiertelności dzieci urodzonych z matek chorujących na cukrzycę, to już nie ma różnicy zdań, są to prawie zawsze dzieci wątłe, które giną z braku sił żywotnych w pierwszych dniach życia; dość często zdarzają się przypadki wodogłowia.

Wiadomą rzeczą jest, że małą ilość cukru w moczu znajdujemy u kobiet karmiących, jestto cukier jako prawidłowy składnik moczu. Zachodzi pytanie, ażali z tej maléj ilości cukru w moczu powstaje w następstwie cukrzyca — a wydałoby się przypuszczenie to właściwem, jednakże spostrzeżenia p. Lecorché wręcz przeciwny dają wynik. Cukrzyca nie jest następstwem zawartości maléj ilości cukru w moczu u kobiet karmiących, powstaje zupełnie niezawiśle jako samoistna choroba.

W *Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie* z r. 1887 T. XIV, znajduję pracę Ernesta Kohna: *„Zur Kasuistik der Amenorrhoea bei diabetes mellitus et insipidus“*. W pracy téj powołuje się autor na rzadkość tych przypadków i cytuje 3 spostrzeżenia cukrzycy i 1 spostrzeżenie *diabetes insipidus.*

I. przypadek: Chora 20-letnia niezamężna; cukrzyca stwierdzona przez Frerichsa od dwu lat; od 11 miesięcy nie ma czyszczeń miesięcznych. Zanik macicy (5 ctm.) i jajników; chora prawdopodobnie rychło zmarła.

II. przypadek: Chora 34-letnia zamężna, 5 dzieci, od prawie 2 lat choruje; czyszczenia miesięczne nieregularne, w coraz to dłuższych odstępach czasu, krew odpływająca bardzo blado wodnisto-różowa, nadto świąd *(pruritus)*. Brak wzmianki o wielkości macicy. Cukrzyca.

III. przypadek: Chora lat 42, 5 porodów, ostatni przed 9 laty. Ostatni peryjod przed 4 miesiącami. Macica w tyłozgięciu zanikła również z jajnikami. Cukrzyca.

IV. przypadek: Chora lat 36, od 13-go roku życia peryjody, następnie przebyła 2 porody; od lipca roku 1884 choruje na zwężenie odbytnicy na tle luetycznem, operacyja i polepszenie. W roku 1886 brak czyszczeń miesięcznych od 3 miesięcy, spodziewa się ciąży; badanie wykazuje macicę w zupełnym zaniku, jajniki niewybadalne; świąd. Mocz nie zawiera ani białka ani też cukru. Dziennie około 10—11 litrów moczu.

W przypadkach przez Cohna zacytowanych ważną jest ta okoliczność, że zawsze wybadano najprzód cukrzycę — a potem dopiero wystąpiły objawy zaniku macicy i jajników i brak czyszczeń miesięcznych.

Z przypadków przez Frerichsa w jego monografii cytowanych, należą do téj kategoryi 3. 1 przyp. Chora 22-letnia, cukrzyca, wychudnienie, poczem utrata czyszczeń miesięcznych. 2) Chora 21-letnia, od roku cukrzyca, czyszczenia miesięczne ustały. 3) Chora lat 17, bardzo silnie rozwinięta, zachorowała wskutek nagłego przestrachu i utraciła czyszcznia miesięczne, równocześnie chorowała na cukrzycę.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Pierwotny rak kości goleniowéj, wytworzony w jamie kostnéj po zapaleniu szpiku (*osteomyelitis*)

opisał
Prof. Dr. Longin Feigel
prosektor szpitala powszech. lwowskiego.

(Z 2 rycinami).

(Dok. Patrz Nr. 36.)

Przypadek ten z bardzo wielu względów niezwykły, przedstewia też bardzo wiele bardzo ciekawych stosunków:

Przedewszystkiem zasługuje on na uwagę z powodu swéj rzadkości. Pierwsze trzy przypadki tego rodzaju opisał dr. D i t t r i c h w r. 1846 i 47 *(Prager Vierteljahrschrift* XIV, XV, 1847). E s m a r c h *(VI. Congress d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin 1877) zaś pierwszy w ostatnich czasach zwrócił uwagę na te postacie raków, podając przypadki ze swéj obserwacyi. W r. 1881 dr. C. N i c o l a d o n i opisał dalsze 3 przypadki tego rodzaju *(Langenbecks Archiv. f. Chirurgie* Bd 26, str. 12). — Dr. Rudolf V o l k m a n n w pracy swéj „*Ueber den primären Krebs der Extremitäten*" *(Sammlung klin. Vorträge v. Richard Volkmann,* Nr. 334/5, Febr. 1889) zebrał w całem piśmiennictwie jakoteż z opisów udzielonych mu prywatnie przez wielu znakomitych chirurgów, w ogóle 228 przypadków raków pierwotnych odnóg, z tych zaś tylko 32 przypadków jest pod pewnym względem podobnych naszemu przypadkowi o tyle, że rak rozwinął się w nich w następstwie rozmaitych spraw chorobowych w kościach, n. p. po zapaleniach, złamaniach i t. p. kości. Wyłączywszy dokładnie z owych przypadków takie, które powstały z rozmaitych tych powodów, okazuje się, iż przypadków, w których rak rozwinął się tak jak w naszym przypadku, w trumnie kostnéj, po poprzedniem zapaleniu szpiku kostnego lub istoty kostnéj, pozostaje zaledwie kilka tak, iż nasz przypadek zaliczyć musimy do nader rzadkich i niezwykłych.

Dla porównania naszego przypadku z innemi, dotychczas znanemi przypadkami, jakoteż z powodu wielu bardzo różnych i bystrych uwag Rud. Volkmanna, dotyczących przypadków podobnych, pozwolimy sobie takowe pokrótce przedstawić.

Dzieli on na podstawie zebranego materyjału raki odnóg na 3 wielkie grupy, różniące się od siebie wybitnie tak anatomicznemi jak i klinicznemi stosunkami.

Pierwsza, największa grupa obejmuje przypadki, w których raki powstały wskutek długotrwałego drażnienia, zapalenia, ropienia, na tle starych, częstokroć wielokrotnie odnawiających się lub też na tarcie i t. p. wystawionych blizn i stwardniałości, wrzodów i przetok.

Raki te mają wedle Volkmanna, podobnie jak niektóre raki twarzy i prącia, przebieg łagodny, gruczoły zaś nie bywają często wcale zajęte, lub też następuje to bardzo późno tak, iż amputacyja, niekiedy zaś tylko ekstyrpacyja sprowadza zazwyczaj trwałe wygojenie i usunięcie cierpienia. Do téj tedy ogólnéj grupy, mieszczącéj w sobie raki powstałe z rozmaitych przyczyn wyż wymienionych, zaliczyć należy i nasz przypadek.

2) Druga grupa obejmuje raki powstałe z wrodzonych brodawek, znamion i t. p. Raki te, w przeciwieństwie do pierwszych, okazują zazwyczaj najzłośliwszy przebieg. Naciek gruczołów następuje zazwyczaj bardzo rychło, przebieg zaś ich jest zwykle krótkotrwałym, krótszym niż bywa zwykły, przeciętny czas trwania raków.

3) Trzecia grupa wreszcie obejmuje raki odnóg, których powstanie i przebieg podobne są do raków innych części ciała, n. p. raków wargi, lub też raków twarzy i nosa, które okazują bardziéj dobrotliwy przebieg i o wiele rzadziéj prowadzą do nacieku gruczołów, aniżeli raki wargi. W tych przypadkach nie można udowodnić miejscowéj przyczyny powstania nowotworu, lecz rak rozwija się pozornie samoistnie, na skórze pozornie zdrowéj.

Według spostrzeżeń Volkmanna wszystkie dotychczas opisane pierwotne raki odnóg, do którejkolwiek z 3 grup jego należące, okazywały zawsze wybitne cechy raka przybłonkowego, t. zw. p r z y b ł o n i a k ó w, r a k o w c ó w *(Epithelialcarcinom, Cancroid).* Są to zazwyczaj zbitsze, grudkowate narośla, które często mają brodawkowe wejrzenie, brzegi nowotworu często okazują wielką skłonność zawijania się ku wewnątrz i fałdowania się muszkatowego. W przypadkach jak w naszym, skóra rozciągnięta w postaci języczka w jamę klatki kostnéj, która do téj pory wypełnioną była masą granulacyjną, stanowi pierwszy zawiązek nowotworu rakowego; zdarzyć się może nawet, iż taki języczek skórny mógł być nawet podczas jakiego zabiegu operacyjnego od brzegu oderwanym i w ten sposób łączność jego ze skórą została przerwaną, a wtedy rak rośnie z głębi jamy i czyni wrażenie jakoby wyrastał z głębi kości. Dlatego też Esmarch w r. 1877, zwrócił na to uwagę, iż podczas gdy przy rakach powstałych na tle wilkowatych owrzodzeń lub blizn, z brodawek i innych widocznych zgrubień przybłonka, podstawa, z któréj rak się wytwarza, jest widoczną i jasną, to w przypadkach raków powstałych w trumnie kostnéj, odgraniczonéj od wszelkiéj powłoki pokrytéj przybłonkiem, początek powstania nowotworu przybłonkowego nie zawsze można dopatrzeć.

W przypadkach, w których stara przetoka kostna, lub jak w naszym przypadku, jama kostna stała się siedzibą bujania przybłonka w powyż opisany sposób, częstokroć zwrot ten ważny dla chorego, t. j. początek powstania złośliwego nowotworu w głębi kości, daje się tem do poznania, że otaczający otwór przetokowy wał brodawkowy zaczyna się mocniéj podnosić i okazuje brodawkowe wejrzenie, podczas gdy równocześnie kość w postaci periostozy (*spina ventosa carcinomatosa*), staje się coraz to grubszą.

Pomimo jednakże żywego bujania nowotworu w kości i na brzegach otworu skórnego, przybłoniak nigdy nie przekracza pewnéj granicy na powierzchni skóry, staje on w swym wzroście na brzegu otworu skórnego i ogranicza się wnet przechodząc w zdrową skórę i nie przechodząc na takową. Na okoliczność tę wybitnie i w naszym przypadku widoczną, zwraca uwagę Klebs w swéj *Allgem. Pathologie* T. I. 1889.

Zresztą najczęściéj napotykamy największe i najobfitsze wybujałości około otworu kłoaki kostnéj, krótsze zaś i skąpsze brodawki na dnie jamy, co też i w naszym przypadku ma miejsce.

Co się zaś tyczy utkania granulacyjnego, opisanego w podścielisku w głębi nowotworu, to wiadomo, że jeżeli rak przekracza fizyjologiczną granicę przybłonka i wrasta w tkankę łączną, to wywołuje on bez wyjątku proces reakcyjny w tkance łącznéj, rozmaitego rodzaju i stopnia. Najczęstszym jest naciek drobnokomórkowy, który otacza kolby i wypustki przybłonkowe cienkim brzegiem limfoidowych elementów, które Virchow dawniéj uważał za wytwarzające się ciałka łączne i powstające z nich młode komórki rakowe. Czasem naciek ten jest tak obfity, iż tworzy podobnie jak w naszym przypadku jakby granulacyjne utkanie; często zaś z tym procesem widzimy w parze idące silne unaczynienie (waskularyzacyję) podścieliska. Proces ten połączony z rozpulchnieniem i soczystością tkanek, ułatwia bardzo szerzenie się raka w głąb, gdyż miękka tkanka łączna nie stawia komórkom przybłonkowym żadnego oporu,

równocześnie zaś wiele materyjału odżywczego bywa do nowotworu doprowadzonem.

Druga forma reakcyi tkanki łącznéj na podrażnienie ze strony rakowych komórek polega przeciwnie na stwardnieniu i zbliznowaceniu tkanki łącznéj, która tworzy wtedy granicę raka i utrudnia wzrost jego.

Wedle klasycznego opisu Volkmanna chorzy tacy jak w naszym przypadku, najczęściéj w młodości cierpieli na gruźlicze zapalenie kości z obumarciem kawałków kostnych (*sequester*) lub też na ostre zakaźne zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*) długich kości, w przebiegu którego rozwinęły się przetoki, które się nie zamknęły, lecz przez całe lata i dziesiątki lat wydzielały ropę; kiedy niekiedy wygoiły się też pozornie, lecz od czasu do czasu zawsze się otwierały i wydzielały z ropą sekwestry. Że zaś dawniéj rzadziéj operowano takie przypadki, przetoki takie trwały często 20, 30 i 50 lat. Często jedne przetoki się zagoiły i pokryły się bliznami pozaciąganemi, podczas gdy inne nowe się wytworzyły. Świeże przetoki takie otoczone są zwykle brzegiem skóry brodawkującym; w starych zaś często skóra jest do pewnéj głębokości w kanał przetoki wciągniętą, a ściany takowéj skutkiem tego skórą wyścielone. Początek raka zaś bywa rozmaitym: raz rozwija on się w bliznach części miękkich, lub też rak powstaje w głębi przetoki krętéj, z jéj przybłonkowego pokrycia tak, iż przez pewien czas nie spostrzega się na powierzchni skóry nic uderzającego. Powoli jednak widzimy wtedy z jednéj lub więcéj przetok wystające, zrazu guzkowate wybujałości, które bardzo rychło przechodzą na otoczenie, wreszcie zaś tworzą guz, który przedstawia wszelkie cechy raka rogowatego (*Hornkrebs*). W innych przypadkach zwłaszcza po poprzedniem zapaleniu szpiku, jak to miało miejsce w naszym przypadku, spostrzega się zewnątrz tylko nieznaczne zmiany i tak n. p. otoczenie jednéj z przetok możliwie lekko obrzmieje, przy brzegu jéj widać maleńki guzek brodawkowy, który wkrótce rozpada się i nie rozwija się daléj; chory dostaje jednakże mocnych, rwących bólów w kości, używanie odnogi jest coraz bardziéj upośledzone, wreszcie zaś zupełnie zniesione; wreszcie kość grubieje coraz to bardziéj pod postacią periostozy, jak gdyby wytwarzał się ropień kostny lub rozchodziło się o kiłę, równocześnie zaś zgrubiała część kości staje się na ucisk lub dotknięcje coraz to bardziéj tkliwą i boleśniejszą, podczas gdy na powierzchni prócz możebnie kilku żył rozszerzonych, nie widać żadnéj zmiany charakterystycznéj. Jeżeli teraz odnoga nie zostanie odjętą, natenczas stan opisany trwa jeszcze przez jakiś czas, aż przy jakiejś drobnostkowéj sposobności powstaje nagle złam kości (*Spontanfractur*), który często zwraca uwagę dopiero na istnienie nowotworu rakowatego w staréj przetoce kostnéj. Gdy zaś odnogę odejmie się, widzi się, iż z części głębszych przetoki, prowadzących do jamy lub trumny kostnéj (*Sequesterlade*), mianowicie z jéj przybłonkowego otoczenia rozwinął się rak, który wypełnia jamę w kości, wyżarł zaś równocześnie istotę korową kości aż do cienkiéj warstwy lub listewki, stan, który nazywamy *spina ventosa carcinomatosa.* Szybszy ruch odnogą, drgnięcie odnogą w łóżku z powodu bolu, wystarczają natenczas częstokroć do powstania złamu kości, który najczęściéj połączony bywa z gwałtownemi bólami i po którem następuje zazwyczaj wskutek silniejszego podrażnienia zajętych chorobą tkanek, bardzo gwałtowny i nagły rozrost nowotworu. Pomimo tak ciężkich zaburzeń jednak gruczoły chłonne według doświadczenia Volkmanna nie muszą być i nie bywają zajęte i naciekłe. W innych przypadkach, obserwowanych przez Volkmanna, kość nie zgrubiała w powyż opisany sposób, lecz została wewnątrz wydrążoną i nowotworem zniszczoną, bez widocznéj zmiany kształtu, aż nagle powstało złamanie kości, w takich razach rozpoznanie istnienia nowotworu w kości jest prawie zawsze niemożliwem.

Co się tyczy przebiegu dalszego i przepowiedni w takich przypadkach, to raki te dają wedle doświadczenia względnie najlepszą prognozę, podobnie jak raki innych okolic ciała, rozwijające się na starych bliznach, wrzodach i t. p. Rosną one wogóle powoléj i łagodniéj, niż inne znane raki, częstokroć przez wiele lat, bez zajęcia gruczołów chłonnych. Nawroty są też po operacyi nadzwyczaj rzadkiemi. Tak np. podaje Volkmann, iż na 128 przypadków tego rodzaju raków odnóg tylko w 12 przypadkach nastąpiła śmierć, wskutek zajęcia gruczołów chłonnych i przerzutów. W wyjątkowo złośliwych przypadkach śmierć następuje z powodu rozległości miejscowego nowotworu i następnego charłactwa i ogólnego wyniszczenia ustroju; przerzuty w wewnętrznych narządach zdarzyły się w przypadkach Volkmanna tylko 2 razy.

III. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

Z uwagi, że narzędzia okulistyczne są misternie odrobione i łatwo zniszczeniu uledz mogą tudzież, że nieraz musimy je śpiesznie wyjaławiać w naszym gabinecie lub u chorych w mieście: przeto powinno się obrać jak najprostszą metodę ich sterylizacyi, którąby, nie psując narzędzi, niezawodnie i w jak najkrótszym czasie niszczyła wszelkie zarazki, osiadłe nawet w najniedostępniejszych miejscach na narzędziu. Do wyjaławiania narzędzi nie nadają się ani roczczyny chemicznie działających środków odkaźnych, ani suche gorąco, ani nawet tak energicznie odkaźnie działający strumień pary wodnéj, pozostaje więc spożytkowanie w tym celu ciepłoty wilgotnéj w kąpieli wodnéj, t. j., metoda wygotowania narzędzi.

Po każdéj operacyi wszystkie narzędzia oczyszcza się mechanicznie w wodzie przegotowanéj; przez strzykawki i cewki kilkakrotnie przepuścić należy wodę, a następnie napełnić je wodą. Potem zanurza się narzędzia (ułożone na podstawce[1]) niklowéj o dnie dziurkowatem, opatrzonem przegródkami) w naczyniu, napełnionem dobrze wrzącym słabym (1%) rostworem sody lub nawet wprost w dobrze wrzącéj wodzie miękkiéj i wygotowywa się je najwyżéj przez pięć minut — dla narzędzi o prostéj budowie wystarcza już jedna do dwóch minut. Jeśliby się umieściło narzędzia w wodzie zimnéj lub gorącéj, którą następnie dopiero doprowa-

[1]) Po wstawieniu podstawki z narzędziami we wrzątek należy wodę kilkakrotnie poruszyć lub potrząsnąć w celu wydalenia mogących tam tkwić kulek powietrza. Skutkiem zaniechania tego środka ostrożności narzędzia mogłyby uledz uskodzeniu, gdyż tlen przy takim stopniu ciepłoty i wobec wilgoci działa za chwilowem nawet zetknięciem na stal szybko i energicznie.

działoby się do wrzenia, to mogłyby one uledz uskodzeniu wskutek wytworzenia się na nich plam. Nadto baczyć trzeba, aby jedno narzędzie nie leżało na drugiem, albowiem na miejscach zetknięcia tworzą się też plamy. Niezmiernie ważnem jest, aby wszystkie części narzędzi były pod wodą, a naczynie było zamknięte pokrywką. Po wyjęciu narzędzi osusza się je kawałkiem płótna wyjałowionego. Przed następnem użyciem należy je ponownie wygotowywać, potem wyjąć z naczynia, aby ochłodły i umieścić na tacy, napełnionéj wodą wyjałowioną. Razem z narzędziami można wyjaławiać jedwab potrzebny do nakładania szwów. Katgut mało znajduje zastosowania w chirugii ocznéj.

Badania H. Davidsohna, dokonane w pracowni R. Kocha, wykazały, iż pięć minut trwające wygotowywanie jest niewątpliwie skuteczną metodą wyjaławiania narzędzi chirurgicznych (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1888. Nr. 35).

Deutschmann[1]) zauważył, że przy posługiwaniu się narzędziami, wyjętemi wprost z 2% rostworu karbolu, bez uprzedniego ich osuszania, zdarza się wprowadzać do wnętrza oka nieco rostworu przeciwgnilnego, przylegającego do narzędzi (zwłaszcza takich, jak cystotom), a wówczas odpowiednio do ilości płynu, jaki się tam dostał, wybuchnąć może sprawa ropna o mniéj lub więcéj groźnym przebiegu. Wyniki badań, w tym względzie podjętych, wykazują stanowczo, iż sprawa ropna powstaje tu skutkiem obecności chemicznie drażniącego płynu odkażnego; badania te przemawiają za chemiczną przyczyną całéj sprawy.

Materyjały opatrunkowe: płótno, watę, gazę, opaski i t. d. można wyjaławiać przez wygotowanie. Że jednak nałożony na oko opatrunek wilgotny nieraz drażni skórę powiek, a nawet sprowadza wyprysk, przeto zaleca się tu wyjaławianie za pomocą strumienia pary wodnéj. Jako najprostszy i najodpowiedniejszy do tego celu służący przyrząd parowy nadaje się parowar Kocha, w ten sposób zmodyfikowany, że, dla uniknięcia zwilgotnienia zewnętrznych warstw materyjałów opatrunkowych, należy wysłać powierzchnię wewnętrzną wstawianéj do parowaru skrzyneczki drucianéj takąż samą grubą pilśnią, jaka pokrywa zewnętrzną powierzchnię przyrządu parowego Kocha. Rzecz prosta, nie napełnia się wodą zbytnio zbiornika, aby podczas wrzenia dno skrzyneczki nie zamokło. H. Davidsohn wykazał, iż trzeba utrzymać działanie strumienia pary wodnéj jeszcze w przeciągu 30 minut, licząc od chwili, kiedy ciepłomierz, zawieszony w wolnym przestworze sterylizacyjnym, wskazał 100° C. *Berlin. klin. Wochenschrift.* 1889 Nr. 44)[2]).

Wraz z materyjałami opatrunkowemi w parowarze Kocha wyjaławia się ręczniki, fartuchy i inną bieliznę.

Dla dalszego przechowywania wstawia się skrzyneczkę drucianą, napełnioną opatrunkami, w pudełko blaszane, na ten cel przeznaczone, lub też przesypuje się materyjały opatrunkowe w wyjałowiony słój szklany, szczelnie zamykany.

W parowarze Kocha można wyjaławiać roztwory atropiny, ezeryny[3]), kokainy przez peryjodyczne ich ogrzewanie (metoda Tyndalla). Wogóle przed każdem zastosowaniem należałoby wygotowywać roztwory różnych leków, zakrapianych do worka spojówkowego. Lecz z uwagi, że to wymaga dużo zachodu, a nadto, — że przy częstem wygotowywaniu skład procentowy roztworu skutkiem wyparowania wody znacznéj zmianie ulega, poprzestaje się więc w praktyce codziennéj na przepisywaniu roczczynów odpowiednich leków w roztworach sublimatowych (1 : 10000 lub 1 : 5000): zwykle przepisuje się na każde 10 gramów płynu dwie krople 1% roztworu sublimatu. Kokaina w tym razie tworzy z sublimatem sól organiczną.

Kroplomierze, które prawie zawsze z pożytkiem zastąpić mogą pędzelki, dawniéj używane przez okulistów, tudzież bagietki szklane, służące do zasypywania proszków oraz wprowadzenia maści do oczu, należy starannie oczyścić, a następnie dokładnie przemyć w roztworze przeciwgnilnym.

Zresztą, wszelkie przyrządy ze szkła i porcelany nadają się do wygotowania, co zawsze w przypadkach odpowiednich będzie najprostszą i najniezawodniejszą metodą sterylizacyi.

Do wyjaławiania narzędzi, leków, materyjałów opatrunkowych i bielizny tudzież innych do operacyi służących przedmiotów bardzo się nadaje niekosztowny i niewiele miejsca zabierający sterylizator Strauba (*Centralblatt f. pr. Augenh.* 1891. Nr. 1.).

Przystępując do opisu stosowania metody przeciwgnilnéj u osoby, która ma się poddać operacyi ocznéj, nasamprzód wyłuszczę zasady, które należy mieć na oku przy bezpośredniej antyseptyce objektywnéj. W tym razie mamy na celu — choć tego, niestety wyjątkowo tylko można dopiąć — usunięcie wszystkich wpływów, które mogłyby w zadanéj ranie wywołać wybuch sprawy zakaźnéj.

O ile można, winniśmy na kilka dni przed operacyją jak najszczegółowiéj zbadać nietylko części ochronne oka (brwi, brzegi i skórę powiek, błonę śluzową oka) i powierzchnię gałek ocznych, lecz nadto przyległe części twarzy, wszystkie drogi odpływowe dla łez, tudzież jamę nosową i ustną tak, aby w razie potrzeby módz te części poddać właściwemu leczeniu. Naraża się bowiem na wielkie niebezpieczeństwa narząd wzroku, jeślibyśmy dokonywali operacyi ocznéj wobec istnienia sprawy zakaźnéj w narządzie wzrokowym lub też w jego najbliższem sąsiedztwie. Skoroby się nawet przy tem badaniu nic chorobowego nie dało wykryć to i wówczas, już w przededniu operacyi, choremu, który wziął kąpiel ogólną (mydlano-solno-sodową) i przywdział bieliznę czystą, sami energicznie obmywamy mydłem powieki (zwłaszcza ich brzegi), brwi i sąsiednie okolice twarzy, następnie ciepłym, świeżo sporządzonym i wyjałowionym fizyjologicznym roczczynem soli kuchennéj lub roczczynem trójchlorku jodu przestrzykujemy przewód noso-łzowy; wreszcie $^1/_{10}$% roczczynem trójchlorku jodu starannie obmywamy powierzchnię zewnętrzną i przyległe części twarzy, a $^1/_{60}$ roczczynem tegoż przetworu zmywamy cały obszar błony śluzowéj oka[1]). Ostatecznie nakładamy wyjałowiony suchy opatrunek. Ten opatrunek przygotowawczy nieraz daje już nazajutrz możność wykrycia utajonych cierpień przewodu łzowego. Eversbusch posuwa ostrożność tak daleko, iż skoro nawet i w ten sposób nic chorobowego, co do przewodów łzowych, nie może wykryć, a mimo to znajduje zmiany patologiczne w jamie nosowéj lub spostrzega objawy, które mu nasuwają podejrze-

[1]) *Beitraege zur Augenheilkunde. 1 Heft. 1 Theil.* 1890.
[2]) W braku odpowiedniego wyjaławiacza od biedy można posługiwać się materyjałami opatrunkowemi, nasyconemi trójchlorkiem jodu, sublimatem, kwasem salicylowym albo salolem. Nie posiadają one pod względem praktycznym wydatnych własności bakteryjobójczych. Ich wartość polega nie na działaniu przeciwgnilnem, które jest tu mocno problematycznem, lecz na tem, że t. z. antyseptyczny opatrunek zwykle bywa przynajmniéj aseptycznym.— [3]) Przy tego rodzaju sterylizacyi roztwory ezeryny odrazu zabarwiają się ciemnoczerwono, nie tracąc własności swoistych.

[1]) Dawniéj do przestrzykiwań i obmywań stosowaliśmy $^1/_{60}$% roztwór sublimatu.

nie istnienia sprawy chorobowéj worka łzowego, nie waha się w danym razie czasowo podwiązać katgutem przewódek łzowych.

Tu chcę uczynić wzmiankę obszerniejszą o trójchlorku jodu, mało dotąd w chirurgii znanym przetworze przeciwgnilnym. Stosuję go od dwóch lat zamiast roztworów sublimatu, które dotychczas niepodzielnie królują w oftalmologii, jako najodpowiedniejszy płyn antyseptyczny przy operacyjach ocznych mimo, iż coraz więcéj wychodzą na jaw ich wady.

Wiadomo, że nawet bardzo rozcieńczone rostwory sublimatowe (1 : 10000) niekiedy nadspodziewanie silnie drażnią spojówkę. Wiadomo, że u wielu osób istnieje wyraźna idyjosynkrazyja wobec tego środka. Lecz jego wady jawnie występują dopiero w przypadkach operacyi zaćmy, zwłaszcza w przypadkach, w których wydobywa się zaćmę za pomocą cięcia płatowego, poprowadzonego w przeźroczystéj części rogówki. W tym razie sublimat nieraz sprowadza zaćmienie błony rogowéj, które zwykle stale pozostaje lub tylko w pewnéj mierze z czasem zmniejsza się. Tego rodzaju zaćmienie nieraz bywa w tak wysokim stopniu rozwinięte, iż najzupełniéj lub w znacznéj części niweczy najlepsze wyniki, jakich po udatnie dokonanéj operacyi katarakty miałoby się prawo oczekiwać. Alfred Graefe, wielki zwolennik sublimatu, sam przyznaje, iż skutkiem zaćmienia rogówki wynikły poważne zaburzenia czynnościowe w 4,7% przypadków operacyi zaćmy, przy których obficie stosował sublimat. Mylnie twierdzono, iż to zmętnienie powstaje skutkiem zakrapiania kokainy. Nie przeczymy, iż kokaina w tym razie bywa właściwą jednak przyczyną mniéj lub więcéj wydatnéj utraty przeźroczystości rogówki jest wniknięcie roztworu sublimatowego w przestwory chłonne błony rogowéj tudzież w głębsze warstwy, momentem usposabiającym, jéj utkania przez rozpękliny, powstające w powłoce śródbłonkowéj błony Descemeta w czasie występowania soczewki z oka. Nie zawsze wytwarza się zaćmienie w rogówce, nie zawsze jest ono jednakowo silnie rozwiniętem, zależy to bowiem prócz współdziałania kokainy i od innych okolicznościusposa biających, n. p. od anatomicznego układu rogówki zwłaszcza od stopnia szerokości dróg limfatycznych w téj błonie, wreszcie od warunków, śród jakich miał miejsce akt wyparcia zaćmy. Nie jest bez znaczenia czy ten akt gładko się odbył, czy też brzegi rany były narażone na zbytnie ugniecenie.

Poznawszy wływ szkodliwy stosowania sublimatu do operacyi, przy których rana przenika ścianę gałki ocznéj, starano się zastąpić go innym środkiem przeciwgnilnym, któryby przy równem działaniu bakteryjobójczem nie posiadał własności ujemnych sublimatu.

Zaczęto więc stosować pastylki antyseptyczne, gorąco zalecone przez Rottera[1]) do celów chirurgicznych. Wkrótce atoli ścisłe badania bakteryjologiczne wykazały, iż roztwory pastylek Rottera działają zbyt powolnie bakteryjobójczo, aby je okuliści mogli uznawać za odpowiednie antisepticum.

Widząc, iż żaden ze stosowanych leków przeciwgnilnych nie jest w stanie z pożytkiem zastąpić sublimatu przy operacyjach ocznych, zacząłem w drugiéj połowie 1889 roku stosować roztwory trójchlorku jodu, które już poprzednio okazały mi się nader skutecznemi w leczeniu spraw ropnych rogówki oraz cierpień zakaźnych błony śluzowéj oka (*blennorrhoea, diphtheritis conjunctivae* i inne). Uwagę moją na własności przeciwgnilne tego leku zwróciła prace chirurga berlińskiego Langenbucha, ogłoszona w roku 1887. (*Berliner klin. Wochenschift.* 1887. Nr. 40.)

Trójchlorek jodu (*Jodum trichloratum.* ICl_3) zawiera w 100 częściach 54·39 jodu i 45·61 chloru. Na zlecenie Langenbucha aptekarz berliński Schering zajął się otrzymywaniem tego przetworu w większéj ilości i dostarcza go w rurkach szklanych zatopionych. Trójchlorek jodu przedstawia się w postaci żółto-pomarańczowego proszku, który na powietrzu łatwo się rozpływa, jest bardzo lotny, ma zapach przenikliwy, wywołuje łzawienie i pobudza do kaszlu, a smak ma ściągający, nieco kwaskowaty. Szybko rozpuszcza się nawet w wodzie zimnéj, dając płyn pięknéj barwy machoniowéj, który w żółtawych naczyniach szklanych, zamkniętych korkiem szlifowanym, należy w ciemności i w miejscu chłodnem przechowywać.

Pod wpływem światła, zwłaszcza zaś w zetknięciu z ciałami organicznemi, roztwór trójchlorku jodu wkrótce ulega rozkładowi, przyczem niezwłocznie oswabadza się jod tudzież chlor, a ich działanie, jak wiemy, wzmaga się, skoro są *in statu nascendi*; nadto stwierdzić można obecność kwasu jodowego, który działa wydatnie utleniająco. Już *a priori* sądząc, ma się wszelką podstawę do przypuszczenia, iż własności chemiczne i fizyczne tego przetworu czynić zeń muszą, lek przeciwgnilny pierwszorzędnéj wartości.

Zresztą ścisłe badania Riedla, przeprowadzone w cesarskim Urzędzie Zdrowia w Berlinie[1]), wykazały, iż — w przeciwstawieniu do sublimatu i do karbolu — nie ma powodu przypuszczać, jakoby trójchlorek jodu, przy stosowaniu go w praktyce chirugicznéj, mógł ujawniać własności trujące. Riedel stwierdził swemi badaniami, iż ten przetwór w roztworze 1 : 1000 posiada skuteczniejsze własności bakteryjobócze, aniżeli 3% karbol; a w mniéj stężonych roztworach przewyższa nawet karbol w swéj skuteczności. Trójchlorek jodu pod względem siły zarodkobójczéj najwięcéj ze wszystkich leków odkażnych jest zbliżonym do sublimatu.

Badania bakteryjologiczne Felsera (*Wracz.* 1888.) dały wyniki zgodne z badniami Riedla i z wnioskami klinicznemi Langenbucha. Felser wykazał, iż u 10-ciu osób, u których starał się doprowadzić worek spojówkowy do stanu aseptyczności za pomocą dokładnego przemywania błony śluzowéj oka po jednéj stronie roztworem sublimatu 1 : 6000, a po drugiéj rostworem trójchlorku jodu tegoż stopnia stężenia ($^1/_{60}$ %), dopiął celu: przy stosowaniu sublimatu jeden raz na 10, przy stosowaniu zaś trójchlorku jodu 8 na 10 razy. W drugiéj seryi przypadków, w któréj sublimat zastąpił kwasem borowym, przekonał się, iż w żadnym z 8 przypadków nie był w stanie nie tylko odkazić spojówki, lecz nawet wyraźnie zmniejszyć żywotności tamże istniejących drobnoustrojów; podczas, gdy stosowany po drugiéj stronie u tychże osób trójchlorek jodu 5 razy w zupełności wyjałowił worek spojówkowy, a w pozostałych wydatnie hamująco podziałał na mikroby, tam osiadłe.

Z uwagi, że przetwór ten nie jest trującym — łatwo wydziela się z ustroju głównie przez nerki w postaci wolnego jodu; ze względu, że w skutecznie działających roztworach

[1]) Każda pastylka zawiera: *Zinci sulf. carb., Zinci chlorati āā 0·6, Acidi borici 0·4, Acidi salicyl. 0·1, Acidi citr., Thymoli āā 0·01.* Rozpuściwszy jednę, a najwyżej dwie pastylki w 250 grm. wody, ma się otrzymać, zdaniem Rottera, nader skuteczny roztwór przeciwgnilny.

[1]) *Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Band 2. Heft 3—5.*

($^{1}/_{00}$ %, a nawet $^{1}/_{50}$ %) nie drażni oka: przeto jako lek odkażny i przeciwgniluy posiada przynajmniéj dla okulisty zalety, które mu nadają pierwszeństwo wobec sublimatu.

Z powodu, że bardziéj stężone roztwory trójchlorku jodu nie tak szybko ulegają rozkładowi, najodpowiedniéj jest z całéj zawartości, jednéj rurki tego przetworu przyrządzić 10% rostwór w wodzie destylowanéj, a dopiero w miarę potrzeby za każdym razem odpowiednio rozcieńczać wymaganą ilość pierwotnego rozczynu.

Do obmywania powiek i twarzy chorych oraz rąk operatora użyć można więcéj stężonego, mianowicie $^{1}/_{10}$ % roztworu. Bardziéj stężone roztwory nadają skórze żółtawe zabarwienie i posiadają zapach jodu, a zarazem zapach chloru, nie robi to jednak tak przykrego wrażenia, jak zapach karbolu lub wody chlorowéj. Zresztą obmycie rąk po operacyi amonijakiem usuwa te drobne niedogodności.

Tuszymy, iż trójchlorek jodu znajdzie szersze zastosowanie, gdyż nie ma się tu do czynienia z jakimś skomplikowanym, tajemnym związkiem chemicznym, lecz z nader luźnem połączeniem dwóch lotnych pierwiastków nie organicznych, jodu i chloru, z których każdy posiada niewątpliwe własności odkażne. Tembardziéj zalecić można ten lek, że on za zetknięciem z ciałami organicznemi rozkłada się, a wówczas każdy z jego pierwiastków składowych nie tylko już sam przez się, lecz i dzięki obecności drugiego *in statu nascendi* rozwija swoją działalność odkażną, a mimo to nie nie wywoływa zatrucia, ani też nie staje się środkiem żrącym, przynajmniéj w roztworach tak stężonych, jak tego wymaga nasza potrzeba. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Przeobrażenskij (Petersburg) **O wsysaniu przez rany świeże i granulujące.**

Kwestyja ta, dość niejasno dotychczas w nauce postawiona, nabrała tém większéj wagi w ostatnich czasach, odkąd dowiedziono, że szkodliwość drobnoustrojów zależy głównie od wytworów ich przemiany materyi — ciał chemicznych. Autor drogą paruset doświadczeń na zwierzętach w pracowni prof. Paszutina starał się zbadać warunki zjawisk fizycznych (rozpuszczalności, dyfuzyi i osmozy), wśród których zachodzą one na powierzchni ran. Dotychczasowi badacze, zdaniem autora, zwracali główną uwagę przy badaniach na jedną tylko ze stron biorących udział w tych sprawach — organizm i ranną jego powierzchnię, pomijali zaś stronę drugą — sferę zewnętrzną po za raną. Wyniki otrzymane przez autora dadzą się streścić w sposób następujący.

Własności fizyczne opatrunku, nałożonego na powierzchnię rany, mają wywierać wpływ na warunki dyfuzyi i osmozy ciał trujących z wydzieliny rany do ustroju zwierzęcia. Kombinując odpowiednio różne rodzaje materyjałów opatrunkowych o rozmaitych własnościach fizycznych, lub też używając jednego materyjału lecz w różny sposób (np. z makintoshem lub też bez niego) można osiągnąć to, iż stosownie do naszéj woli ciała trujące z powierzchni rany ulegają wessaniu albo ku wewnątrz — w ciało zwierzęcia, albo przeciwnie ku zewnątrz — w nałożony opatrunek. Tak naprzykład przy odpowiednim opatrunku *strychninum nitr.*, posypana w obfitości na powierzchnię ziarninową rany, nie ulega wessaniu nawet u białych szczurów, tak zwykle wrażliwych na tę truciznę; dość jest jednakże tylko zmienić warunki fizyczne opatrunku np. wstrzymać parowanie z jego powierzchni w jakikolwiek sposób, aby nader szybko wystąpiły objawy otrucia; w takim samym stosunku do osmozy istot rozpuszczonych w wydzielinie rany, są ciała stałe sproszkowane, po sypane na powierzchnię rany, jak np. jodoform, węgiel, magnezyja etc. Płyny: rozczyny karbolu, sublimatu, dwuchlorku cynku i t. d., sprzyjają lub wstrzymują osmozę stosownie do własności fizycznych opatrunku założonego na powierzchnię rany.

Bez opatrunku istoty trujące ulegają wessaniu zarówno z powierzchni ran świeżych, jak i pokrytych ziarniną.

Wysoka zdolność wsysania obecnie używanych materyjałów opatrunkowych wraz z parowaniem stanowią wyborny środek do usuwania z powierzchni rany pożywek dla drobnoustrojów i wyrabianych przez nie produktów trujących. Nie tylko z pominięciem zupełném aseptyki i antyseptyki, lecz nawet umyślnie zakażając ranę istotami gnijącemi, można przy odpowiedniem urządzeniu opatrunku z łatwością osiągnąć *primam intentionem* i stan bezgorączkowy. — Ponieważ większość bakteryjologów uważa za przyczynę zakaźnych chorób ran dostanie się do ustroju trujących wytworów przemiany materyi drobnoustrojów, przeto możliwe jest, że własności fizyczne opatrunku i sfery otaczającéj są w prostym stosunku do powstawania komplikacyj zakaśnych, wikłających gojenie się rany.

Zjawiska dyfuzyji i osmozy w materyjałach opatrunkowych zależą od dwóch czynników: włosowatości i parowania, będącego znów w ścisłym związku ze stopniem wilgotności powietrza. Przy współdziale obydwóch tych czynników wsysanie ciał płynnych postępuje zawsze w jednym kierunku, w kierunku parowania. Jeżeli zaś możność parowania zostanie wyłączoną, to sama jedna włosowatość w pierwszéj tylko chwili skieruje płyn w tą samą stronę; lecz odkąd tylko wszystkie pory materyjału opatrunkowego zostaną zapełnione cieczą, dyfuzyja poczyna postępować w kierunku przeciwnym t. j. ku wnętrzu ciała. Materyjały o porach bardzo drobnych, jak np. wata higroskopijna lub juta, posiadające wysoką zdolność wsysania, lecz trudno parujące mniéj daleko wpływają na dyfuzyję, niż materyjały, o porach dużych, gorzéj wsysające, lecz zato oddające szybciej wodę (parujące). Takie same własności można nadać i materyjałom drobnoporowatym, przesypując je ciałami sposzkowanémi (bismut, talk, węgiel, jodoform). Wreszcie dodać należy, że brudnemi a właściwie zatłuszczonemi rękami, zarówno jak i zatłuszczoną powierzchnią ciała naokoło rany możemy w znacznym stopniu zmniejszyć zdolność wchłaniania i parowania materyjałów opatrunkowych.

Spostrzeżenia te, kończy autor, wyjaśniają nam na podstawie fizyki, lecz nie antyseptyki lub aseptyki, dodatni wpływ wielu zabiegów współczesnéj chirurgii na przebieg i gojenie się ran, jak np. używanie mydła lub eteru i jako środków odtłuszczających, zastosowanie do opatrunku poduszeczek mchowych lub torfowych, zawierających milijony bakteryj, zarzucenie protektiwów i makintoshów, jako szkodliwych itd. (*Wracz. 1891. Nr. 26.*) *L. Kryński.*

Choroby uszne.

Szenes: **O wartości kilku nowych leków w chorobach usznych.**

Mentol zastosowany w 20% rozczynie olejnym w czyrakach u ha zewnętrznego sprawia przykre palenie a rzadko tylko jest skuteczny. Autor używanie tego środka zaleca dopiero po rozcięciu i wystrzykiwaniu czyraka. Wtéj saméj chorobie polecano 20% rozczyn winianu octo-glinowego, 1‰ sublimatu i wodne rozczyny octanu glinowego. Pierwsze 2 środki okazują się jednak skutecznemi tylko po otwarciu dobrowolnem lub po rozcięciu czyraka, ostatni w tych rozlanych zapaleniach ucha zewnętrznego, które się przyłączają do przewlekłego zapalenia ucha środkowego. 15% karbolgliceryna zastosowana w pierwszym okresie ostrego nieżytu ucha środkowego rzadko tylko łagodzi ból i niezawsze zapobiega ropieniu. Kreolinę w rozczynie 5 ciu kropel na 0. 5 litra wody poleca S. w ropieniach ucha środkowego tylko tam, gdzie trzeba choremu samemu wystrzykiwanie poruczyć, jako środek niewinny i nietrujący. Maść zaś 2% kreoliny działa wybornie w wyprysku ostrym ucha zewnętrznego.

Z środków sproszkowanych w ropotokach usznych zwykle używanych doświadczał S. jodolu, salicylanu bizmutowego, arystotu i kwasu borowego. Polecenia godnym znalazł tylko kw. borowy, którego można używać w wszystkich tych przypadkach, gdzie otwór w błonie bębenkowej jest dość duży i na stosownem miejscu, gdzie niema próchnienia kostek usznych lub wyrostka sutkowego, gdzie ten ostatni nie jest zajęty, jednem słowem we wszystkich przypadkach, w których nie zachodzi obawa zatrzymania ropy i jego następstw. Kwas mlekowy w 15% roczczynie w ropotokach usznych przewlekłych polecany musiał S. porzucić z powodu jego żrącego i bolesnego działania nawet na skórę ucha zewnętrznego i małżowiny. Kokainy używał S. w 4—10% roczczynie przeciwko szumowi w uszach wpuszczając kilka kropel za pomocą cewnika przez trąbkę do jamy bębenkowej, lecz tylko w takich przypadkach, w których inne leczenie nie zdołało szumu usunąć. Jednak mimo kilkutygodniowego wstrzykiwania żadnego skutku nie osiągnął. Miesięnie dało autorowi w 16 przypadkach dobre skutki. Używał go w ostrych zapaleniach jamy bęb. ale dopiero po ustąpieniu ropienia i w takich przypadkach, gdzie nie przyszło do ropienia a małej wydzieliny w jamie bęb. mimo zwykłego leczenia za pomocą balonu i cewnika nie można było do wessania doprowadzić. (*Internat. Klin. Rundsch.* 1891. N. 25

Prof. Salzer jun. (Wiedeń) **O trepanacyi czaszki w rupieniach jamy czaszkowej, pochodzących z ropni jamy ucha średniego.**

U 11 letniéj choréj, od wielu lat cierpiącéj wydzielinę z ucha, wykonano wyskrobanie, poczem wystąpiły wymioty, gorączka, znużenie i skurcze prawéj połowy ciała. Z lewego ucha wydzielina cuchnąca. Wobec tak groźnych objawów przystąpiono do trepanacyi wyrostka sutkowego. Zaraz po otwarciu napotkano na nekrotyczny kawałek opony twardéj, który usunięto. Za pomocą punkcyi próbnéj wykonanéj w części mózgu znajdującéj się pod nekrotyczną oponą nie wydobyto ropy, a natomiast sączyła się ropa z zatoki esowatéj. Po wycięciu dużego kawałka zatoki stosowano otwarte leczenie rany, a dalszy przebieg był bez reakcyi. Tylko w kilka dni po operacyi chora miała uczucie, jak gdyby wypadała z łóżka po lewéj stronie a chodząc zataczała się, co można było uważać za następstwo uszkodzenia przewodów półkulistych. Ze względu na dobry wynik tego przypadku potwierdza S., że wobec objawów mózgowych w ropotokach usznych wskazane są trepanacyja i punkcyja próbna za pomocą strzykawki Pravaza. Politzer podnosi, że mimo objawów ropnia mózgowego takowego nie było, jak wynik operacyi okazał a objawy polegały na surowiczym obrzęku opony twardéj. Przytoczony przypadek dowodzi, że operacyję zawczasu podjętą korzystnie wykonać można nawet jeszcze wtedy, kiedy zatoka zawiera już ropę. (*Internat. Klin. Rundschau 1890. N. 25*). *Dr. Spira.*

Farmakologija.

Dr. Sackur: **Dermatol, nowy środek leczący rany.**

Dermatol otrzymany przez Heintza i Liebrechta w zakł. farmakol. prof. Filehne jest solą zasadową bizmutu z kwasem gallusowym — przedstawia się jako proszek żółty, podobny do jodoformu. Doświadczenia autora czynione z tym przetworem odnoszą się do ran częścią aseptycznych częścią zanieczyszczonych — jużteż do owrzodzeń. Przy tych doświadczeniach okazał się dermatol środkiem znakomicie osuszającym, a brak wszelkich własności drażniących czyni jego użycie stosownem wobec ran oparzelinowych. Mniéj odpowiednim jest wobec ran zanieczyszczonych lub wobfitszych ropieniach, gdzie koniecznem jest użycie wilgotnego antyseptycznego opatrunku. Przy długotrwałych owrzodzeniach na podudziu dermatol bardzo dobre oddawał autorowi usługi nie wywołując żadnego wyprysku. Obok własności osuszających posiada dermatol własności przeciwgnilne; wstrzymuje bowiem rozwój bakteryj w żelatynie, a rany przy użyciu tego środka goją się bez gorączki. W porównaniu z jodoformem ma dermatol dwie zalety: jest on bowiem, bezwonny i nietrujący. W owrzodzeniach gruźliczych jednak jodoformu zastąpić nie może. (*Berl. Klin. Wochschft. Nr. 32. 1891*). *Dr. Jan Opieński.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

X. Posiedzenie z d. 6 czerwca 1891 r.

Przewodniczący kol. Smutny. — Obecnych członków 24.

1) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą cierpiącą na *erythema exsudativum multiforme*, które u choréj w ciągu 20 lat siódmy raz się powtarza a występuje zawsze wśród dreszczów, gorączki i bólów kości. Kol. Krokiewicz zauważa, że w *erythema* znaleziono osobny rodzaj bakteryj. Kol. Krówczyński dodaje, że bakteryje te przeszczepiane na zwierzęta tę samą chorobę wywoływały. Wielu jednak badaczy jest zdania, że *erythema* jest grupą kilku chorób dotąd jeszcze niezbadanych. Najważniejsze *erythema nodosum* połączone jest z ostrym obrzękiem śledziony, dreszczami, gorączką, jest chorobą zakaźną. Druga grupa zdaje się, że polega na tle wessania toksynów. I tak widziano *erythema* przy głębokich bubonach, zwężeniach odbytu itd., gdzie istoty septyczne nie mogąc się na zewnątrz wydzielać, dostawały się do krwi. Po usunięciu cierpienia przyczynowego i *erythema* ustępowało. Widziano je też po wstrzykiwaniach kochiny.

2) Kol. Hansel przedstawia chorą z *lupus erythematosus.*

3) Kol. Wiczkowski przedstawił chorą z oddziału prym. kol. Opolskiego cierpiącą na *leukaemia lienalis.* Do tego rozpoznania uprawniały go następujące objawy: Skóra i błony śluzowe blade, znacznie powiększona śledziona o długości 35 ctm. a szerokości 18 ctm., liczba ciałek białych krwi powiększona, a zmniejszona czerwonych — wreszcie hektyczna gorączka z potami, obok innych mniéj charakterystycznych objawów. Dalsze uzasadnienie tego rozpoznania, jakoteż przedstawienie preparatów mikroskopowych krwi barwionych zostawił sobie prelegent na następne posiedzenie. W dyskusyi zabierali głos koll. Opolski, Krokiewicz, Feigel i Wiczkowski.

4) Nastąpił wykład kol. Wiczkowskiego: „O znaczeniu chlorków w moczu pod względem dyjagnostycznym i prognostycznym". Rzecz będzie w całości ogłoszona.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie III. Przewodniczący dr. Ziembicki.

1. wykład dra Schramma: „Ostateczne wyniki po całkowitem wyłuszczeniu macicy rakowatej."

Ponieważ kwestyja wyleczalności raka macicy drogą operacyjną dotychczas nie rozstrzygnięta, stanęła znowu w ostatnich czasach na porządku dziennym, przeto prelegent uważa za stosowne podać wyniki swych doświadczeń w tym kierunku. W ostatnich latach operował dr. S. 15 przypadków raka macicy, zaś 5 miał w dalszem leczeniu po operacyi wykonanej przez prof. Mikulicza.

Z przypadków tych jedna chora zmarła w 7. dniu po operacyi z powodu załamania się i wrośnięcia pętli jelit w ranę pochwy, jak się o tem prelegent przekonał przez laparatomię wykonaną w 6 dniu choroby z powodu wzmagających się objawów niedrożności kiszek; druga chora zmarła w 3 tygodnie po operacyi z powodu wzmagającego się a już przed operacyją bardzo znacznego wyniszczenia. Reszta 13 chorych przetrzymała zabieg operacyjny bardzo dobrze bez żadnych powikłań. Śledząc dalszy los chorych, doszedł dr. S. do następnych wyników: Z chorych Mikulicza zmarły wszystkie z powodu recydywy, jedna po latach 8, jedna po 4 latach, jedna w $1\frac{1}{2}$ roku, dwie inne w kilkanaście miesięcy po operacyi.

Z operowanych przez prelegenta uległy recydywie jed a po 4½, jedna po 4, jedna po 3 latach, dziewięć innych w czasie od 18 do 7 miesięcy po operacyi. Jedna tylko i to operowana przed pół rokiem jest zupełnie zdrowa, dotychczas bez śladu recydywy.

Spostrzeżenia te wskazują, że: 1) statystyka co do raka macicy obejmująca okres dwu lub trzyletni od czasu operacyi jest niedostateczna, gdyż rak macicy wraca często po upływie dłuższego czasu; 2) wyłuszczenie macicy rakowatej jest operacyją bardzo racyjonalną i wzkazaną, gdyż mimo, że nie miałem dotychczas żadnego przypadku stałego uleczenia, to przecie często, gdyż w blisko 30% dajemy chorej kilka lat życia wolnego od cierpień. Statystyka ta bezwarunkowo musi się jeszcze poprawić, jeżeli w ręce operatora dostawać się będą przypadki świeże, rzecz dotychczas prawie wyjątkowa. Wreszcie prelegent nadmienia, że porównywanie ostatecznych wyników co do częstości recydywy po amputacyi części pochwowej i po całkowitem wyłuszczeniu macicy nie jest słuszne ze względu, że do pierwszej operacyi nadają się przypadki najświeższe, do drugiej zaś przypadki przeważnie daleko posunięte, które do amputacyi części pochwowej już się nie nadają. Obie te operacyje porównywać możnaby co najwyżej co do śmiertelności bezpośredniej pooperacyjnej. Ponieważ zaś różnica jest tu bardzo mała, jak dotąd ledwo 1 do 1½% wynosząca, a w ostatnich czasach śmiertelność po wyłuszczeniu macicy coraz się jeszcze zmniejsza, przeto prelegent przychyla się na stronę tych, którzy w każdym przypadku raka macicy zalecają całkowite usunięcie narządu.

W dyskusyi prof. Rydygier wyraża podziękowanie prelegentowi za przedstawienie wyników z obserwacyi kilkoletniej chorych po operacyi; na chorych klinicznych taka dłuższa obserwacyja jest niemożebną. Wyniki dra Schramma rzeczywiście zachęcają do podejmowania operacyi w przypadkach niezbyt daleko posuniętych. W końcu mowca opowiada o przypadku *occlusio interna* powstałej następowo po wycięciu macicy i zaszyciu otworu wskutek osunięcia i zagięcia się jelita. Przypadek ten pouczył, aby jeżeli możebne otrzewnę zaszywać, a względnie otworu po operacyi wcale nie zaszywać.

Prof. Kosiński jest przeciwnikiem wycinania macicy, a wykonywa tę operacyję tylko w przypadkach początkowego zajęcia i gdzie wykonanie jej jest bardzo łatwe, np. gdy macica wypada, lub da się z łatwością przez szparę sromową wyciągnąć. Zresztą albo wykonywa amputacyję części pochwowej, lub stosuje wyskrobywanie, zapomocą którego można nieraz chorą tak długo utrzymać przy życiu jak przez wycięcie macicy.

Dr. Bogdanik przemawia za tem, aby w przypadkach, w których amputacyja nadpochwowa jest jeszcze możebną, nie wyłuszczano całej macicy.

Prelegent wykazuje własną statystyką, że śmiertelność przy wyłuszczaniu i amputacyi jest ta sama i dlatego wobec raka nikt nie powinien się wahać przed wykonaniem operacyi radykalniejszej.

Prof. Kosiński zwraca uwagę, że dobre wyniki przy operacyi raka, tj. brak recydyw może być następstwem pomyłki w rozpoznaniu, a mianowicie rozpoznania raka, gdzie go nie było i przytacza na to przykład z własnej praktyki.

Prof. Rydygier jeszcze raz gorąco przemawia za operacyją radykalną, którą wszędzie, gdzie tylko mamy z rakiem jakiegoś organu do czynienia, wykonywamy. Nieraz po wycięciu macicy w okresach początkowych raka, gdzie makroskopowo wydawało się, że tylko część pochwowa jest zajętą, znajdujemy pod drobnowidem ogniska rakowate błony śluzowej trzonu.

Dr. Szuman zwraca uwagę na sposób podany przez Spiegelberga, mający służyć do rozpoznania raka macicy, a polegający na wprowadzaniu gąbki prasowanej do wnętrza macicy. Jeżeli po wprowadzeniu gąbki macica nie zmięknie, lecz okazuje części twarde, wtedy należy części te poddać badaniu drobnowidowemu.

Dr. Gabszewicz opowiada o przypadku, w którym rozpoznano raka części pochwowej, i znaleziono przerzuty w trzonie.

II. Wykład dra Bogdanika: O zakładaniu opasek ustalających po złamaniu kości.

Zrażony trudnościami w zakładaniu opatrunku ustalającego przy braku odpowiedniej asysty, a uważając opatrunek za jeden z lepszych sposobów leczenia złamań, wpadł prelegent na pomysł ustalania kończyny za pomocą ekstenzyi i dopiero na opatrunek ekstenzyjny zakłada ustalający, mianowicie krochmalny, który według potrzeby wzmacnia szyną z tektury lub drzewa. Dla umożebnienia sobie lepszego przystępu do kończyny zaprowadził Dr. B. w ekstenzyjnym przyrządzie pewną modyfikacyję. Prelegent kładzie nacisk na wczesne dozwalanie choremu poruszania chorej kończyny.

W dyskusyi prof. Rydygier omawia kwestyję leczenia złamań i zakładania opatrunków. Zwraca uwagę na niestety wydarzające się jeszcze przypadki zgorzeli wywołanej uciskiem opatrunku. Nie godzi się na to. aby po złamaniu wyczekiwać tydzień, leczyć okładami zimnemi itd., lecz zakłada opatrunek ustalający odrazu i zamienia go po tygodniu na ściślej przylegający, w którym chory może już ruchy wykonywać.

Prof. Kosiński w dłuższem przemówieniu zastanawia się nad rodzajami opasek, a w szczególności nad opaską gipsową. W końcu wyraża zdziwienie, że prelegent przenosi opaskę krochmalną nad gipsową, która o wiele szybciej twardnie.

Dr. Ziembicki przemawia za zakładaniem opaski systemu Maisonneuvea.

Prof. Obaliński używa modyfikacyi tego systemu. Na udzie najlepsza jest ekstenzyja bez opatrunku ustalającego.

W dyskusyi zabierają jeszcze głos drowie Szuman, Obtułowicz i prelegent.

III. wykład dra Bar̨ącza: Spostrzeżenia nad znieczulaniem bromkiem etylu w praktyce prywatnej na podstawie 180 znieczulań tym środkiem.

Prelegent zachęca do stosowania tego środka do narkozy szczególnie w operacyjach krótszych, jak w przecinaniu ropni, punkcyi ropni zimnych, resekcyi żebra itd. Ilość bromku etylu, jaką się zużywa w czasie narkozy, wynosi koło 15 gr. Prelegent nie zauważył żadnego szkodliwego wpływu nawet po kilku narkozach. Narkoza występuje bardzo szybko w 50 sekund bez okresu pobudzenia, który jedynie występuje u potatorów. Jako przeciwwskazania do narkozy bromkiem etylu wylicza prelegent: operacyje długo trwające, operacyje w jamie ustnej, daleko posunięta gruźlica, zapalenie nerek, alkoholizm.

W dyskusyi zabierał głos dr. Szuman zwracając uwagę na konieczność zaprowadzenia odpowiedniej modyfikacyi w masce Esmarcha przy używaniu takowej do narkozy bromkiem etylu.

Sekcyja ginekologiczna.

Posiedzenie III. Przewodniczący prof. Tyrchowski.

I. wykład dr. Sielskiego: Mechaniczne leczenie wypadnięcia macicy.

Prelegent omawia głównie leczenie metodą Thure Brandta i poddaje krytyce tłomaczenie skuteczności tej metody. Nie przyznaje on wiązadłom macicznym ani mięśniom wybitnej roli w utrzymywaniu macicy w prawidłowem położeniu, a jedynie przypisuje tę rolę budowie dna miednicy, elastyczności otrzewny, i tłoczni brzusznej, która zamyka pochwę poziomo przebiegającej. Mięśnie, które Luschka odkrył w fałdzie Douglasa są zdaniem prelegenta sztucznym produktem. Zresztą aby mięsień utrzymywał macicę w pewnem położeniu musiałby się znajdować w ciągłym stanie skurczu, coby ostatecznie wywołać musiało znużenie tego mięśnia. Dr. S. leczył wypadnięcie macicy przez podnoszenie jej, używając do tego celu odpowiedniej sondy. Z pomiędzy 18 przypadków, które dr. S. leczył, w 15 nastąpiło wyleczenie, a jeden jeszcze znajduje się w leczeniu. Z wy-

leczonych 4 chore następowo rodziły, jedna poroniła bez recydywy.

W dyskusyi zabierał głos dr. Stroynowski podając przebieg przypadków przez siebie leczonych.

Prof. Mars nie zgadza się z wywodami prelegenta, który odmawia mięśniom *retractores uteri* Luschki wszelkiego wpływu na utrzymanie macicy w prawidłowem położeniu.

Tego samego zdania są drowie Natanson i Bylicki, którzy zwracają uwagę, że mięsień utrzymujący macicę, niekoniecznie musi być w stanie kurczu, wystarczy bowiem *tonus* mięśnia. Nadto ostatni zwraca uwagę na niebezpieczeństwo mogące wyniknąć z użycia sondy.

Prelegent podaje, że żadnych złych następstw z użycia sondy nie widział, jakkolwiek rzeczywiście wszyscy możliwość uszkodzenia przypuszczają.

II. wykład dra Kohna: O nieustających wymiotach u ciężarnych.

Głównym celem wykładu tego jest, jak prelegent na wstępie zaznacza, chęć wywołania dyskusyi w tej tak ważnej sprawie i ustalenia wskazań co do leczenia tego cierpienia. Dlatego też dr. K. podaje znane dotąd zapatrywania co do patogenezy wymiotów, skreśla po krótce kliniczny przebieg i zestawia sposoby leczenia nie wyjmując ostatecznego środka, którego się czasem chwycić trzeba, tj. wzniecenia poronienia.

W dyskusyi zabiera głos dr. Thieme, który nadmienia, że wymioty u ciężarnych nie prowadzą do tak groźnych następstw, jak powszechnie przyjmują. W swojej 20letniej praktyce nie widział ani jednego przypadku śmierci, ani razu też nie był zmuszonym do wywołania sztucznego poronienia.

Dr. Borysiewicz również nie był w położeniu aby wzniecić poronienie, jakkolwiek miał jeden przypadek śmierci, który dotyczył chorej cierpiącej wadę serca. Zauważa nadto, że środki wewnętrzne mniej działają aniżeli środki mechaniczne.

Po przemówieniach drów Bylickiego i Stroynowskiego posiedzenie zamknięto.

Sekcyja okulistyczna.

Posiedzenie III. Przewodniczący dr. Ziemiński.

I. wykład dr. Kramsztyka: O opadnięciu tęczówki po ekstrakcyi katarakty.

Najważniejszą przyczyną wypadnięcia tęczówki po operacyi zaćmy jest nieodpowiednie zachowanie się chorego. Nieraz już podczas operacyi tęczówka wypada i albo wcale odprowadzić się nie pozwala, albo tylko niedokładnie się cofa. Tęczówka taka wypadnięta nie cofnie się i pod opaską z wyjątkiem tych przypadków, w których nastąpił odpływ ciałka szklanego. Już samo wydłużenie źrenicy ku ranie usposabia do następowego wypadnięcia. W każdym przypadku wypadnięcia tęczówki trzeba takową wyciąć po usunięciu zaćmy; ezeryna jest środkiem niepewnym. Zdaniem prelegenta możnaby bardzo często uniknąć wypadnięcia stosując narkozę chloroformową przy operacyi. W dalszym ciągu dr. K. zwraca uwagę na możliwość wypadnięcia tęczówki przy przeprowadzeniu chorego do łóżka po operacyi i w ciągu pierwszej doby, i zaleca jak największy spokój dla chorego, zakładanie odpowiedniej opaski, a czasem środki nasenne. Obwodowe lub częściowe wypadnięcie można pozostawić bez leczenia, większe należy jak najprędzej obciąć.

W dyskusyi zaznacza dr. Sroczyński, że chloroform wywołuje bardzo często wymioty, które mogą choremu bardziej zaszkodzić niż niepokój chorego w czasie operacyi, na który możemy wpływać namową i upomnieniami. Za najlepszy sposób zapobiegania wypadnięciu tęczówki uważa zakraplanie ezeryny do komórki przodkowej, nie zaś do worka spojówkowego, gdzie nie działa tak energicznie.

Prof. Rydel zapatruje się podobnie co do znaczenia narkozy. Ze względu na ezerynę, radzi zapuszczać ją na minutę do dwóch przed ekstrakcyją i po ukończeniu operacyi. Za najpewniejszy sposób uniknięcia opadnięcia tęczówki uważa wycięcie, choćby wąziutkiego paska tęczówki z małego koła.

Dr. Gawroński radzi zastąpić chloroform eterem.

Dr. Ziemiński jest również przeciwnikiem chloroformowania i radzi w przypadkach koniecznej narkozy używać bromku etylu. Ezeryna zdaniem mowcy działa już przy zewnętrznem zastosowaniu, radby jednak ezerynę zastąpić pilokarpiną. Co do wycinania tęczówki, stosuje się do konsystencyi i okresu zaćmy. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 10-go września 1891. Redaktor *„Przeglądu Lekarskiego“* powraca w tych dniach z wakacyj i obejmuje swoje czynności.

* W zeszłym tygodniu zwiedzał JE. p. Namiestnik we Lwowie miejsca proponowane pod budowę klinik i gmachów Wydziału Lekarskiego. Za najodpowiedniejsze uznano miejsce przy ulicy Piekarskiéj obok pałacu hr. Comelowéj.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło c. k. władzom politycznym większych miast zbadać dokładnie sprawę porodów, odbywających się w prywatnych pomieszkaniach akuszerek; według wiadomości podawanych przez dzienniki mają bowiem w tych mieszkaniach zachodzić nieodpowiednie stosunki zdrowotne.

* W razie zapadania budników na choroby zakaźne są dotąd zastępcy ich nietylko narażani na zarażenie, lecz także rozwlekają epidemiję, muszą bowiem przebywać w mieszkaniu razem z chorymi. Aby zapobiedz skutecznie temu niebezpieczeństwu zarządziły niektóre dyrekcyje kolei zbudowanie łatwo przenośnych domków sygnałowych, które w razie wybuchu choroby nagminnéj w mieszkaniu budnika, ustawiać się będzie opodal od tego mieszkania, jako czasowe mieszkanie dla zastępcy. Praktyczna ta nowość skłoniła c. k. Ministerstwo handlu do wezwania wszystkich zarządów kolejowych, aby takie przenośne domki zaprowadziły na swych liniach. Poważna większość zarządów kolejowych poczyniła już kroki ku temu, a niektóre nawet dążą do zaopatrzenia tych domków w piecyki.

* Wydziałowi Zjazdu lekarzy i przyrodników węgierskich poruczono w zeszłym roku wypracowanie memoryjału w sprawie jaglicy. Memoryjał ten przedłożyli właśnie węgierskiemu Ministerstwu spraw wewnętrznych dr. Dulácska i prymaryjusz dr. Vidor. Autorowie memoryjału stwierdzają znaczne rozszerzenie się téj choroby, uznają niedostateczność pouczania o jéj leczeniu i twierdzą, że wśród obecnie istniejących warunków nie można myśleć o jéj wytępieniu. Celem skutecznego zapobiegania szerzeniu się jaglicy należałoby w stolicy kraju założyć osobną lecznicę dla dotkniętych jaglicą, chorzy powinni stanowić materyjał naukowy dla uczniów medycyny, aby wszyscy młodzi lekarze mieli dostateczną sposobność nabyć wprawy w jéj leczeniu. Drowi Nataniełowi Feuerowi poruczono napisanie monografii o jaglicy.

* Wskutek spożywania gotowanych raków zachorowało niedawno w Berlinie kilka osób. Okólnik prezydyjum policyi ostrzega przed nabywaniem wszelkich skorupiaków gotowanych, zwłaszcza że one zawierają istoty szkodliwe, gdy się ich nie spożywa bezpośrednio po ugotowaniu, chociaż powonieniem nie wykrywa się jeszcze wcale ich psucia się.

* Przy sposobności ostatniego Zjazdu londyńskiego utrzymywano niejednokrotnie, że Pasteura szczepienia zapobiegające wściekliźnie mają błogie następstwa. Okoliczność ta skłoniła p. A. Lutaud do zestawienia w paryzkim *Journal de médecine* dat statystycznych. Według tych dat umierało we Francyi rocznie 23 osób wskutek wścieklizny (w przecięciu na podstawie obliczeń z lat 35). W przeciągu pięciu lat od wprowadzenia szczepień zmierało rocznie osób 39, (szczepionych 22, nieszczepionych 17), tak że śmiertelność zamiast opadać widocznie się podnosi. Lutaud uznaje wraz z Peterem na téj podstawie szczepienie za wprost szkodliwe raczéj, aniżeli pożyteczne. Zachodzi jednak pytanie czy liczba szczepionych nie obejmuje również osób obcych, które do Paryża przyjechały celem poddania się leczeniu.

* S a c h a r o w („Wracz“ str. 644. 1890) zauważył, że *spirochaete Obermayeri* i *plasmodium malariae* można łatwo wykryć w pijawkach, które przystawiono odpowiednim chorym. Jeżeli po odpadnięciu pijawki posypie się ją solą, wskutek czego zwierzę wypuszcza nieco krwi na podstawione szkiełko, okazują oba pasożyty ruch żywszy, aniżeli we krwi bezpośrednio choremu wypuszczonéj. W pijawkach zamrożonych na kawałku lodu można pasożyty wykazać nawet po upływie tygodnia.

* Sternberg poleca płynną treść orzechów kokosowych niedojrzałych jako bardzo dobrą glebę dla hodowli prątków. Ciecz ta zrazu jasna i przeźroczysta nabiera z dojrzewaniem orzechów wejrzenia mlecznego, posiada własności moczopędne i służy za napój orzeźwiający. Zamknięta z natury w zbiorniku bez zarodków nie wymaga ona wyjaławiania, zawiera glikozę, białko i sole, przelana do rurki odczynnikowéj zatkanéj czopem waty utrzymuje się długo bez zmiany. Z powodu słabo kwaśnego oddziaływania należy ją nieco zobojętniać sodą. Służy ona za znakomitą glebę dla kilku rodzajów prątków i sakcharomycetów.

* Do dnia 31 sierpnia było w S z c z a w n i c y 3017 osób; w Cieplicach czeskich do dnia 5-go września było 6089 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Egzaminatorem z chemii ogólnéj w miejsce prof. B a r t h a zamianowano profesora L i e b e n a, który przedmiot ten wykładać będzie dla uczniów medycyny i kierować ćwiczeniami w pracowni. **Berlin.** Tajny Radca i nadzwyczajny prof. uniwersytetu dr. S k r z e c z k a został zamianowanym honorowym profesorem zwyczajnym.

* W najbliższem półroczu mają we wszystkich uniwersytetach belgijskich powstać k a t e d r y h o m e o p a t y i. Z wyjątkiem Węgier (gdzie dwu profesorów w Budapeszcie wykłada ten przedmiot) nie uważano dotąd nigdzie w Europie za stosowne tworzyć katedry tego przedmiotu.

* **Rosyja.** Świeżo opuścił prasę I-szy tom „Realnéj encyklopedyi nauk lekarskich (Medyko-chirurgiczny słownik)“, wydanéj w Petersburgu przez prof. M. A f a n a s i e w a. Tom ten zawiera wyrazy począwszy od Abazia i Astazia (niemożność chodzenia i stania) do Bacilla. Pokaźna to książka, stronnic 800, opatrzona 116 drzeworytami. Całość obejmować ma 16 tomów, wychodzących z pod prasy co 3 miesiące i kosztuje 75 r. Dzieło to jest tłomaczeniem A. E u l e n b u r g a, z dodatkami i zmianami podług V i l l a r e t a, B u m a, J a c c o u d a, D é c h a m b r e a i D a m m e r a, a także opatrzone nowymi artykułami odnoszącymi się do medycyny rosyjskiéj, jak n. p. akademija woj.-lekarska, łaźnie u rozmaitych narodów, mineralne źródła w Rosyi, kąpiele morskie, klimatyczne stacyje, miejsca leczenia kumysem i t. p.

Napróżno szukaliśmy w pismach lekarskich ros. sprawozdania o byłym Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników w Krakowie. Do téj pory znajdujemy w „Wraczu“ zaledwo 2 większe wzmianki — i to wiadomość zaczerpnięto z „The Lancet“! — iż prof. O l s z e w s k i przedstawił 200 grm. płynnego kwasorodu i tyle tylko... Widać że naszym pobratymcom łatwiéj czy chętniéj przewertowywać angielskie niż polskie czasopisma lekarskie. Zwracamy na to uwagę nie Waszą, lecz panów Redaktorów pism rosyjskich. Pisma te chętniéj n. p. czerpią wiadomości z takiego „Dniewnika warsz.“, niż z czasopism lek. polskich wychodzących w Warszawie.

S o ł o d o w n i k ó w, kapitalista moskiewski, świeżo ofiarował 200,000 rs. na budowę nowéj kliniki chorób skórnych i weneryczych, która ma stanąć w Moskwie. Prosektor O g n i e w został mianowany nadzw. profesorem histologii i embryjologii w moskiewskim uniwersytecie.

Zmarli: Dr. W e s o ł o w s k i (60 lat) powiesił się w Ostrogu. Dr. K o r s a k zmarł nagle w Witebsku, był to słynny praktyk, pozostawił po sobie $^1/_2$ milijona, który to kapitał w braku testamentu i bliskich krewnych ma przejść na rzecz skarbu. Dr. C z y ż e w s k i, radca dworu, lekarz 11 art. brygady. Dr. Mieczysław B i e r n a c k i, młody kolega w Kodymie, na pograniczu Podola; w nekrologu jego jest wzmianka, iż odkaszlana przez chorego „dyfterytyczna trucizna“, wpadła mu w oko, które w godzinę potem „zabolało“, a następnie choroba przeszła na głowę i sprowadziła śmierć lekarza. Wreszcie zmarł w Moskwie T. S z e r e m i e t j e w s k i j (lat 51), zwycz. profesor fizyjologii, b. uczeń Helmholtza i Ludwiga; niedawno wygłosił odczyt p. t.: H e l m h o l t z jako fizyjolog i znaczenie jego w psychologii“.

Dr. J. T.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 36: B. S a w i c k i e g o: O nadwichnieniach ku przodowi główki kości promieniowéj u dzieci. L u b l i n e r a: Sposób ułatwiający wprowadzanie cynowych czopków Schröttera przy zwężonéj krtani. M. L. J a k u b o w s k i e g o: Porównanie leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacyi krtani metodą O'Dwyera (dok.). — W *Medycynie* Nr. 36: S t o c k m a n n a: Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zołzowéj (c. d.). S z n a b l a: Silne własności napotne rośliny zwanéj bagnem albo dzikim rozmarynem.— W *Nowinach Lek.* Nr. 9: Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie od 17 do 21 lipca 1891 r. — *Przewodnika gimnastycznego* „Sokół“ Nr. 9 z września r. b. zawiera: Po wycieczce do Pragi. — Drugi zjazd wszechsokolski w Pradze czeskiéj i Sokół polski tamże (dok.). — Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. — Korespondencyja. — Kronika. — Nekrologija. — Ogłoszenia.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.